

## University of Groningen

### De brachialgie in de huisartspraktijk

Hout, Willem Peter van den

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

1969

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Hout, W. P. V. D. (1969). *De brachialgie in de huisartspraktijk*. s.n.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

# Summary

In this study we are concerned with an explorative integral examination in a general practitioner's practice. This integral approach of the patient is seen as the most essential aspect of the work of a general practitioner.

Thirty brachialgy-patients have been subjected to this examination. For this purpose those brachialgy-patients were selected who were quite evidently suffering from pain, but who were not found to have any defects when subjected to an extensive physical examination. To the examiners these symptoms proved to be clearly recognizable: these isolated complaints of pain, without further defects, were often attended with a characteristic carriage (bent, huddled-up). Besides the personalities of our patients bore great resemblance: reticent, low-spirited and especially tense people, who outwardly made a quiet, correct and often kind impression.

The examiners were under the impression that a certain connection might exist between the nature of these symptoms on the one hand and the tension and reticence of our patients on the other. The question arose whether non-somatic factors might play a part in the aetiology of these symptoms. (We were strengthened in this opinion by the poor results of the purely somatic treatment). Consequently it was decided to subject this group of patients to an integral examination, so that also the psychic and social components of this disease would become clear.

The diagnosis: brachialgy (as it is described in this examination and which is only one of the many forms of brachialgy) is based on the following criteria:

1. an isolated, often violent pain in arm and/or shoulder, tormenting the patient especially when at rest;
2. the absence of defects at a somatic examination;
3. a characteristic presentation of the patient, especially his carriage, and his low-spirited, aggressively tense undertone, which is soon noticed by the physician.

For the differential diagnosis we used the scheme as Padberg indicates in his book 'Brachialgie' (Brachialgy). This proved to be very serviceable for this examination and offered no problems in the differential diagnostics. The examination-scheme has been adapted to the integral approach as it is made in this

study. It consists of four headings (complaints and brief anamnesis examination; general somatic anamnesis; general somatic examination; psycho-social examination). The scheme is made up of these four headings and as starting-point for the psycho-social examination the psycho-social status of Weyel is used.

By way of illustration five case-histories are described in full. When surveying the results of the examination, it appears that all the patients told a typical story of a violent pain in one arm, which tormented them especially when at rest. At the same time nearly all the patients suffered from grave fatigue and persistent insomnia. Out of the thirty patients twenty stated in their anamnesis psychosomatic diseases or complaints that pointed to these diseases. The somatic examination showed nothing special. At the psycho-social examination the reticent character, lack of contacts, suppression of aggressive feelings and tension clearly emerged. All this was hidden under an outwardly well-balanced and correct behaviour.

On the analogy of the 'psychosomatic specificity' as it was described in 1951 in the 'Grondslagen der Klinische Psychosomatiek' (Fundamental elements of Clinical Psychomatics) by Groen and Bastiaans, it was decided to look more closely at a possible stress-situation of our patients, their characterstructure and at the way in which they undergo a possible stress-situation.

This stress-situation appeared to be in certain outward circumstances, which can by no means be called characteristic or special. However, what turned these circumstances into a field of tension was the patient's own nature. Need for love on the one hand and disturbance of communication and reticence on the other brought these people into an isolation, in which they had to cope with their problems all by themselves. In this way they got into an inner tension. It appeared that in nearly all the patients a two-level conflict was to be found.

Their personality structure was illuminated in two ways, by means of the descriptive method used for typifying psychosomatic characters (Treurniet in the 'Acute Myocardinfarct' (Acute Myocardinfarct), 1965) and by means of the testing method as stated by Wilde. (Meting Neurotische Labiliteit ((Measurement of Neurotic Instability)), ABV, 1963). From the description by means of Treurniet's method the inner tension, the ambivalence as to the stress-situation and the suppression of *any* manifestation of aggression clearly emerged as the most striking features. The test based on Wilde's method showed that our group of patients had a significantly higher neurotic instability and a significantly lower extroversion as compared with the Dutch population. The testing results of our group of patients correlated with the results that Wilde obtained from examinations of groups of psychosomatic patients.

From the way in which our patients experienced certain external circumstances, it became clear why these circumstances were a stress-situation to them, for every time they turned out to be circumstances which touched a field in which in the case of our patients tensions had been lying dormant for years. It

was their own nature that made events which were often insignificant into stress.

This study brings out that the brachialgia as it is described by us must be reckoned among the psychosomatoses (on the ground of the two-level conflict, the results of the descriptive method as stated by Treurniet, the results of the testing results of the ABV, the presence of the 'psychosomatic specificity' – Groen and Bastiaans).

The question why our patients got brachialgia and not any other psychosomatic affection could not be answered. Seen from a neurological point of view it is highly probable that this form of brachialgia must be classed under neuralgia (Wartenberg).

Treatment – it consisted of a treatment by means of medicaments combined with talks held on the method of the non-directive way as stated by Rogers. This therapy turned out to be efficient, though it was rather time-absorbing (5 à 6 talks per patient; appr. 4 weeks). Finally brief directives are given for the treatment.

# Samenvatting

Het betreft in deze studie een exploratief integraal onderzoek in de huisartsenpraktijk. Deze integrale benadering van de patiënt wordt gezien als het meest wezenlijke aspect van het werk van de huisarts.

Dit onderzoek is toegepast op dertig brachialgie-patiënten. Hiervoor werden uitgekozen die brachialgiepatiënten, bij wie de pijn zeer duidelijk aanwezig was, maar bij wie bij uitvoerig lichamelijk onderzoek geen afwijkingen werden gevonden. Dit ziektebeeld is voor de onderzoekers een duidelijk herkenbaar beeld gebleken; naast de geïsoleerde pijnklachten, zonder verdere afwijkingen, staat een vaak kenmerkende houding (gebogen, inelkaar gedoken). Tevens toonden de persoonlijkheden van onze patiënten grote overeenkomsten: gesloten, depressieve en vooral gespannen mensen, die uiterlijk een rustige, korrekte en vaak vriendelijke indruk maakten.

De indruk bestond bij de onderzoekers, dat er mogelijk een bepaalde samenhang zou kunnen bestaan tussen de aard van dit ziektebeeld enerzijds en de gespannenheid en geslotenheid van onze patiënten anderzijds. De vraag ontstond, of ook andere dan somatische factoren een rol zouden kunnen spelen in de etiologie van dit ziektebeeld. (Wij werden in deze indruk gesterkt door de slechte resultaten van de zuiver somatische behandeling). Besloten werd daarom deze groep patiënten te onderwerpen aan een integraal onderzoek, zodat ook de psychische en sociale componenten van deze ziekte duidelijk zouden worden.

De diagnose brachialgie (zoals deze in dit onderzoek wordt beschreven en die slechts één van de vele vormen van brachialgie is) wordt gesteld op de volgende criteria:

1. een geïsoleerde vaak hevige klacht over pijn in arm en/of schouders, die de patiënt vooral in rust kwelt.
2. het ontbreken van afwijkingen bij somatisch onderzoek.
3. een kenmerkende presentatie van de patiënt, vooral wat betreft zijn houding en zijn depressieve, agressief gespannen grondstemming, die de arts vrij snel waarneemt.

Voor de differentiaal diagnose werd het schema gebruikt, zoals Padberg dit aangeeft in zijn boek 'Brachialgie'. Dit bleek voor dit onderzoek zeer bruikbaar en gaf geen moeilijkheden in de differentiaal diagnostiek. Het onderzoekschema

is aangepast aan de integrale benadering, zoals die in deze studie wordt gebezigd. Het bestaat uit vier rubrieken (klachten en korte anamnese + onderzoek; algemeen somatische anamnese; algemeen somatisch onderzoek; psychosociaal onderzoek). Het schema is samengesteld uit deze vier rubrieken, met als uitgangspunt voor het psychosociale onderzoek, de psychosociale status van Weyel.

Er worden ter illustratie een vijftal ziektegeschiedenissen uitvoerig beschreven. Wanneer men de resultaten van het onderzoek overziet, dan blijkt dat alle patiënten een typisch verhaal over zeer hevige pijn in één van beide armen brachten, die hen vooral in rust kwelde. Tevens kwamen ernstige vermoeidheid en hardnekkige slapeloosheid bij bijna alle patiënten voor. Twintig van de dertig patiënten vermeldde in hun anamnese psychosomatische ziekten of klachten, die in de richting van deze ziekten wezen. Het somatisch onderzoek leverde geen bijzonderheden op. Uit het psychosociale onderzoek kwamen duidelijk naar voren het gesloten karakter, het gebrek aan contact, het onderdrukken van agressieve gevoelens, de gespannenheid en de grote liefdesbehoefte. Dit alles werd verborgen onder een uiterlijk evenwichtige en korrekte levenshouding.

Besloten werd om, naar analogie van de 'psychosomatische specificiteit' zoals Groen en Bastiaans die in 1951 beschreven in de 'Grondslagen der Klinische Psychosomatiek' een nadere beschouwing te wijden aan een eventuele stress-situatie bij onze patiënten, hun karakterstructuur en de beleving van hun eventuele stress-situatie.

De stress-situatie bleek te liggen in bepaalde uitwendige omstandigheden, die geenszins kenmerkend of bijzonder genoemd kunnen worden. Wat echter deze omstandigheden tot een spanningsveld maakte was de geaardheid van de patiënt zelf. Liefdesbehoefte enerzijds en contactstoornissen en geslotenheid anderzijds brachten deze mensen in een isolement, waarin de conflicten alleen werden verwerkt. Zo geraakten zij in een innerlijke gespannenheid. Bij bijna alle patiënten bleek een dubbelniveaunkonflikt te bestaan.

De persoonlijkheidsstructuur werd op twee manieren belicht, volgens de beschrijvende methode ter typering van psychosomatische karakters (Treurniet in het 'Acute Myocardinfarct' 1965) en volgens de test-methode aangegeven door Wilde (Meting Neurotische Labiliteit, ABV, 1963). Uit de beschrijving volgens Treurniet kwamen als meest markante punten naar voren de innerlijke gespannenheid, de ambivalentie ten opzichte van de stress-situatie, het onderdrukken van iedere agressieve uiting en de grote liefdesbehoefte. Uit de test volgens Wilde bleek een duidelijk verhoogde neurotische labiliteit en een duidelijk lagere extraversie van onze groep patiënten ten opzichte van de Nederlandse bevolking. De testresultaten van onze groep patiënten korreleerden met de resultaten, die Wilde heeft verkregen uit onderzoekingen van groepen psychosomatische patiënten.

Uit de beleving van onze patiënten van bepaalde uitwendige omstandigheden

werd duidelijk, waarom deze omstandigheden voor hen een stress-situatie vormden. Het waren namelijk gebeurtenissen, die steeds bleken te raken aan een gebied, waarin reeds lang bij onze patiënten spanningen sluimerden. Door hun eigen geaardheid werden daardoor vaak onbelangrijke gebeurtenissen tot stress.

Er wordt in deze studie naar voren gebracht, dat de door ons beschreven brachialgie moet worden gerekend tot de psychosomatoses (op grond van het dubbelniveaunkonflikt, de uitkomsten van de beschrijvende methode volgens Treurniet, de uitkomsten van de testresultaten van de ABV, het voorkomen van de 'psychosomatische specificiteit' – Groen en Bastiaans).

De vraag waarom onze patiënten juist een brachialgie kregen en niet een andere psychosomatische aandoening, kon niet worden beantwoord. Neurologisch gezien moet deze vorm van brachialgie zeer waarschijnlijk worden gerangschikt onder de neuralgieën (Wartenberg).

De behandeling – deze bestond uit een medikamenteuze behandeling gekombineerd met gesprekken, gevoerd volgens de methode van de niet-direktieve gespreksvoering volgens Rogers. Deze therapie bleek efficiënt, zij het vrij tijdvergend (5 à 6 gesprekken per patiënt;  $\pm$  4 weken). Tot slot worden korte richtlijnen aangegeven voor de behandeling.